

Schéma d'administration

Nom et prénom du patient	N° d'identification du patient
Date de naissance	Nom du médecin
N° lot PMI	Préparation pour une période de
Date de préparation	Du
Date de délivrance	Au

Produits repris dans le conditionnement de PMI

Produit (nom, dosage, complément alimentaire)	Jours (LMaMeJVSD)	Petit- déjeuner	Déjeuner	Dîner	Coucher	Nbre d'unités	Remarques
Nombre d'unités par moment de prise							Nombre d'unités par jour

Produits NON repris dans le conditionnement de PMI

Produit (nom, dosage, complément alimentaire)	Jours (LMMJVSD)	Petit- déjeuner	Déjeuner	Dîner	Coucher	Remarques

Date et signature du pharmacien-titulaire

Date et signature du médecin

Date et signature du patient (pour réception)

Fiche PMI manuelle

Nom et prénom du patient		N° d'identification du patient	
Date de naissance		Nom du médecin	
N° lot PMI		Préparation pour une période de	
Date de préparation			Du
Date de délivrance			Au

Produit (nom, dosage,complément alimentaire)	Lot	Comptage initial	Distribution (du jour ... au jour ...)	Comptage final	Nbre d'unités à répartir
		Nombre d'unités dans le conditionnement de PMI			

Réalisé par
Date et signature du pharmacien-titulaire (pour libération)